

تبعات استرس‌های مشاغل امنیتی

مجید اصغرزاده^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱/۱۶

تاریخ تأیید: ۱۳۹۱/۱/۳۱

چکیده

برخی مشاغل از قدرت استرس‌زایی بالایی برخوردارند. استرس پیامدهای ناگوار متعددی به دنبال دارد که از مهمترین آن‌ها می‌توان به اختلالات روانی اشاره کرد. موضوع اختلالات روانی از ابعاد گوناگونی مورد توجه کارشناسان بهداشت روانی قرار گرفته است. از جمله‌ی این ابعاد می‌توان به همه‌گیرشناسی، سبب شناسی، اقدامات پیشگیرانه و نیز مداخلات درمانی اشاره کرد. اولین و مهمترین گام در این خصوص بررسی وضعیت همه‌گیرشناسی و میزان شیوع و بروز اختلالات روانی است. حیطه عملکردی و وظایف مدیران اجرایی بنا به شرایط کاری حاکم بر آن‌ها از جمله مشاغل پر استرس محسوب می‌شود. مدیران اجرایی به دلیل هدایت افراد زیر دست خود و جوابگویی به مدیران رده‌های بالاتر خود بیشتر در معرض استرس‌های شغلی و پیامدهای ناگوار آن قرار دارند. با توجه به این که در سوابق پژوهشی از میزان و شیوع اختلالات روانی در بین مدیران اجرایی اطلاعات دقیقی وجود ندارد، در نوشتار حاضر با استفاده از روش مطالعه توصیفی مقطعی و با استفاده از جامعه آماری مدیران اجرایی سازمان‌های دولتی مستقر در شهر تهران شامل وزارتخانه‌های نیرو، آموزش و پرورش، کار و امور اجتماعی، ارشاد و نفت در سال ۱۳۸۹ انجام گرفت سعی شده است تا به این مهم پرداخته شود. سوال اصلی نوشتار حاضر این است که: میزان شیوع و بروز اختلالات روانی در بین مدیران اجرایی چگونه است و هر یک از اختلالات مورد بررسی تا چه حد در بین آن‌ها شیوع دارد؟

کلیدواژه‌ها: استرس، اختلالات روانی، مدیران اجرایی، فرسودگی شغلی.

مقدمه

استرس^۱ یک واکنش یا پاسخ غیر اختصاصی موجود زنده به عوامل فشارزا تعریف شده است (گراهام^۲، ۱۳۷۶، ۸۹). از دیدگاه هانس سلیه^۳ فشارزا از هر نوعی که باشد موجود زنده همیشه به یک شکل به آن پاسخ می‌دهد که به این پاسخ نشانگان سازگاری عمومی^۴ (G. A. S) اطلاق می‌شود. مدیران اجرایی سازمان‌ها به دلیل شرایط کاری حاکم بر آن‌ها بیشتر در معرض فرسودگی شغلی و به تبع آن آسیب‌های روانی قرار دارند. فشارهای شغلی معمولی از قبیل سنگینی کار، محدودیت زمانی و ابهام و تضاد در نقش بیش از فشارهای مربوط به مراجعان، با فرسودگی شغلی رابطه دارند. از سوی دیگر عوامل سازمانی موثر در فرسودگی شغلی علاوه بر عواملی که در بالا به آن‌ها اشاره شد عبارتند از: عامل انتظارات شغلی^۵، محیط سازمانی و مدیریت، فقدان منابع شغلی و نقش حمایت اجتماعی (ساعتچی، ۱۳۸۹: ۴۷-۴۶).

در ارتباط با عامل انتظارات شغلی برخی از پژوهشگران معتقدند که با تعیین انتظار شغلی اولیه و تجارب شغلی افراد می‌توان واکنش کارکنان را نسبت به شغلشان پیش‌بینی کرد. بر این اساس می‌توان فرسودگی شغلی کارکنان را با روشن ساختن دو نوع انتظار آنان از سازمان یعنی انتظارات پیشرفت^۶ و انتظارات سازمانی^۷، مشخص کرد. انتظار پیشرفت به آنچه فرد قادر خواهد بود عمل کند یا انجام دهد، ربط دارد و انتظار سازمانی نیز به ماهیت شغل و نظام‌هایی که فرد به عنوان متصدی یک شغل در درون آن عمل می‌کند، مربوط است. محیط سازمانی و مدیریت نیز از عوامل استرس‌زا در مدیران اجرایی محسوب می‌شود. بر این اساس، به فرایندهای سازمانی، ساختارها و چگونگی روابط هیجانی و ادراکی که فرد با کارشناسان برقرار می‌سازد، اشاره می‌شود. با توجه به این مؤلفه، از مدیران اجرایی سازمان‌ها انتظار می‌رود که در کار خود دقت، تلاش و انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند، در حالی که آنان مجال کاری کمتری دارند. از سوی دیگر کم‌توجهی و یا بی‌توجهی نسبت به اصول بهداشت روانی و جسمی در کار منجر به ایجاد فرسودگی شغلی و به تبع آن آسیب روانی می‌شود. فقدان منابع شغلی که از مهمترین آن‌ها می‌توان به عدم حمایت اجتماعی اشاره کرد از جمله موارد دیگر

1. Stress
2. Graham
3. Hans Selye
4. General Adaptation Syndrome (G. A. S)
5. Job Expectations
6. Achievement Expectations
7. Organizational Expectations

ایجاد فرسودگی شغلی در مدیران اجرایی است. مدیران اجرایی که در کار خود از حمایت همکاران و افراد خارج از سازمان قرار گیرند می‌توانند استرس‌های شغلی را تعدیل کنند. در مقابل با وجود استرس‌های شغلی، اگر از عملکرد مدیران اجرایی حمایت درون و برون سازمانی صورت نگیرد این امر منجر به تجربه‌ی فرسودگی شغلی در آنان می‌شود. با توجه به عوامل استرس‌زا که در بالا به آن‌ها اشاره شد، مدیران اجرایی سازمان‌ها با توجه به ماهیت شغلی خود در معرض استرس قرار دارند. این دسته از مدیران سرشان شلوغ است و مراجعه مکرر افراد موجب انقطاع کار آن‌ها می‌شود، اغلب مجبورند برای نظارت در رفت و آمد باشند، برای کارکنان تحت امر خود مأموریت‌های کاری خاص تعیین کنند، برنامه‌های عملیاتی، تفصیلی و کوتاه مدت طرح‌ریزی کنند. بر خلاف تصور عامه، نتایج پژوهش‌ها گویای آن است که این دسته از مدیران وقت کمی صرف برنامه‌ریزی، گزارش نویسی، خواندن، اظهار نظر و بازبینی می‌کنند (رضائیان، ۱۳۶۹: ۲۲). در مجموع چنین وضعیتی آن‌ها را در معرض استرس‌های شدید شغلی قرار می‌دهد و استرس‌های شغلی نیز ممکن است در بلند مدت منجر به بروز اختلالات روانی در آن‌ها شود. در مورد ملاک‌های اختلالات روانی اتفاق نظر کلی وجود ندارد، به همین خاطر اختلالات روانی بر حسب یک یا چند بعد از ابعاد زیر تعریف می‌شوند (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۵: ۵۲۴-۵۲۳): انحراف از هنجارهای آماری، انحراف از هنجارهای اجتماعی، ناهنجاری بودن رفتار و پریشانی شخصی. با این اوصاف می‌توان ویژگی‌ها و عناصر رفتار نابهنجار را به شرح زیر مطرح ساخت (افتخاری و همکاران، ۱۳۸۵: ۴۵): رنج، ناسازگاری، نامعقول بودن و غیر قابل درک بودن رفتار، پیش‌بینی ناپذیری، فقدان کنترل، نامتعارف بودن، ایجاد ناراحتی در اطرافیان و تخلف از معیارهای اخلاقی و آرمانی. تفکر رایج در مورد اختلالات روانی معمولاً تفکر چند وجهی است. در حال حاضر پنج پارادایم در روان‌شناسی مرضی در مورد سبب شناسی و نیز درمان آن وجود دارد که در هر یک از آن‌ها بر جنبه‌ای از رفتار مرضی تأکید می‌شود. این پارادایم‌ها عبارتند از: پارادایم زیستی، روان تحلیلی، انسان‌گرایی، رفتار گرایی و شناختی (دیویسون و همکاران^۲، ۱۳۸۵: ۲۹).

از آنجایی که اطلاعات دقیقی از خصوصیات همه‌گیرشناسی و فراوانی اختلالات روانی در مدیران اجرایی سازمان‌ها در دست نیست، در نتیجه گستردگی و اهمیت آن در بین این دسته از

1. Atkinson et al
2. Davison et al

مدیران نامعلوم است. با توجه به این امر و با توجه به این که انجام اقدامات خاص، اعم از معاینات ادواری، ثبت موارد جدید، پی گیری و درمان منوط به شناخت وضعیت آسیب‌های روانی در بین مدیران اجرایی است، در نتیجه ضرورت انجام پژوهش در این باره به شدت احساس می‌شود. از سوی دیگر اهمیت توجه به مقوله اختلالات روانی در بین این دسته از مدیران از آنجا ناشی می‌شود که به شدت بر عملکردهای حرفه‌ای، ارتباطی و خانوادگی افراد و مشاغل اثر سویی بر جا می‌گذارد، با همه‌ی این اوصاف نوشتار حاضر درصدد پاسخ گویی به این سوالات است:

(۱) به چه میزان مدیران اجرایی سازمان‌ها در معرض اختلالات روانی قرار دارند؟

(۲) چه نوع اختلالات روانی در بین آن‌ها شایع است؟

(۳) هر یک از اختلالات روانی مورد بررسی چه درصدی را به خود اختصاص می‌دهد؟

پیشینه پژوهشی

در پژوهشی تحت عنوان بررسی فرسودگی شغلی مدیران آموزشی شهر اصفهان که هدف آن اندازه‌گیری فرسودگی شغلی مدیران آموزشی در ابعاد درونی و بیرونی بود از یک پرسشنامه فرسودگی شغلی با نمونه آماری شامل ۲۷۰ نفر از مدیران آموزشی شاغل در مدارس دخترانه و پسرانه در مقطع تحصیلی سه‌گانه در شهر اصفهان استفاده گردید. نمونه‌ی مورد مطالعه‌ی این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای انتخاب گردید و نتایج این پژوهش نشان داد که: (۱) فرسودگی شغلی مدیران آموزشی کمتر از سطح متوسطه است، (۲) میزان فرسودگی شغلی در مدیران آموزشی در مقطع ابتدایی بیشتر است، (۳) میانگین فرسودگی شغلی مدیران آموزشی مرد بیشتر از مدیران آموزشی زن است و (۴) میانگین فرسودگی شغلی مدیران آموزشی مرد در مقطع ابتدایی و مقطع متوسطه بیشتر از مدیران آموزشی زن است و در عین حال، تفاوتی بین فرسودگی شغلی مدیران آموزشی مرد و زن در مقطع راهنمایی مشاهده نشده است (به نقل ساعتچی، ۱۳۸۹: ۶۲).

در یک پژوهش از نوع همبستگی و با عنوان، بررسی میزان تنیدگی ناشی از محیط کار و رابطه‌ی آن با فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شهر یزد صورت گرفت از یک نمونه ۲۴ نفری استفاده شد. یافته‌ها حاکی از آن بود که اکثریت پرستاران در پنج بعد تنیدگی ناشی از نقش در سطح طبیعی، از نظر محدوده‌ی نقش در سطح متوسط و از نظر کل تنیدگی، در سطح طبیعی قرار دارند. همچنین از نظر

فرسودگی شغلی در ابعاد تحلیل هیجانی و مسخ شخصیت، اکثریت در سطح متوسط بوده‌اند. از نظر فقدان موفقیت فردی نیز اکثریت پرستاران در سطح کم بوده‌اند و این یافته حاکی از آن است که پرستاران مورد پژوهش، از نظر احساس موفقیت فردی، در سطح بالایی قرار داشته‌اند. همچنین یافته‌ها نشان داده است که متغیرهای زمینه‌ای در بخش‌های ویژه با تنیدگی ناشی از نقش رابطه‌ی معنی‌داری نداشته‌اند. در رابطه با همبستگی بین ابعاد تنیدگی محیط کار و ابعاد فرسودگی شغلی نیز مشخص شده است که بین بی‌کفایتی نقش، محدوده‌ی نقش و مسوولیت، تکرار و شدت تحلیل هیجانی و نیز بین فقدان محبوبیت فردی رابطه‌ی معنی‌دار مشاهده نشده است. در رابطه با همبستگی بین بعد کلی و ابعاد فرسودگی شغلی، بین تحلیل هیجانی و تنیدگی ناشی از نقش رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده شده است. یافته‌های جانبی این تحقیق آن بوده است که بعد تحلیل هیجانی حساسیت زیادی در برابر ایجاد تنیدگی ناشی از نقش و بعد کلی آن داشته است (همان: ۶۶-۶۵).

فشار کار می‌تواند برای کارکنان و سازمان اثرات وخیمی در پی داشته باشد. نتیجه‌هایی که فشار کاری برای فرد به وجود می‌آورد عبارتند از: اضطراب، افسردگی، خشم و انواع اثرات جسمی، مانند بیماری‌های قلبی، سردرد و تصادف. تنش یا فشار روانی برای سازمان نیز اثرات وحشتناکی خواهد داشت، مانند کاهش کمیت و کیفیت محصول یا کارهای انجام شده، افزایش میزان غیبت و جابه‌جایی کارکنان، افزایش شکایت‌ها و بالا رفتن هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی (میخائیل^۱، ۱۹۹۶: ۷۵۰-۷۳۸).

مطالعه ممی زاده (۱۳۷۳، ۱۵-۱۲) با مدیران اجرایی در یک سازمان دولتی نشان داده است که فرسودگی شغلی به بعد روان‌نژندی^۲ آسیب‌های روانی پیوند خورده است. در این دسته از افراد ویژگی‌هایی نظیر اضطراب، خصومت، افسردگی، خودکامگی و آسیب‌پذیری مشاهده می‌شود. افراد روان‌نژند از نظر عاطفی بی‌ثبات و مستعد درماندگی روان‌شناختی هستند. به نظر می‌رسد که بعد خستگی در عارضه‌ی فرسودگی شغلی نیز با سنخ شخصیتی تیپ الف (با ویژگی‌های رقابت‌طلبی، کینه‌توزی، نیاز مفرط به کنترل شرایط و حساس به فوریت‌های زمانی) در رابطه باشد.

1. Michael
2. Neuroticism

میسر و همکاران^۱ (۲۰۰۳: ۴۲۶-۴۱۹) با بررسی ۱۵ نوع اختلال روانی بر مبنای سومین نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (*DSM III - R*) در بین مدیران نظامی ارتش آمریکا، میزان شیوع اختلالات روانی را در بین آن‌ها ۳۰ درصد گزارش کرده‌اند. قدیمی مقدم و طباطبایی (۵۹:۱۳۸۵) بر اساس مدل پردازش چرنیس دریافتند که ویژگی‌های منفی محل کار و نارضایتی، با فرسودگی شغلی و آسیب‌های روانی همبستگی مثبت و با خشنودی شغلی نیز همبستگی منفی دارند.

در پژوهش کوباسا و مدی^۲ (قربانی ۱۳۷۴: ۸۲) که بر روی ۳۰۰ نفر از آزمودنی‌های پست مدیریتی و سرپرستی انجام گرفت مشخص گردید که آن دسته از مدیرانی که در شرایط پر استرس به بیماری‌های روانی مختلف دچار شده بودند و آن دسته که تحت این شرایط سالم باقی مانده بودند از لحاظ قدرت سازگاری و سخت‌رویی با یکدیگر تفاوت معنی داری داشتند. قدرت سازگاری به ظرفیت و تحمل فرد و نیز روش‌های مواجهه با دشواری‌ها و کوشش برای غلبه بر آنها اطلاق می‌شود (ساراسون و ساراسون، ۱۹۸۷، ترجمه نجاریان و همکاران، ۱۳۷۱: ۳۶) و سخت‌رویی یک ویژگی شخصیتی است که از سه مولفه‌ی تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است (کوباسا، به نقل از قربانی، ۱۳۷۴: ۸۲). هر دوی این متغیرها ارزیابی از تهدید را کاهش داده و در عین حال انتظار برای مقابله موفقیت آمیز با آن را افزایش می‌دهند. مدیرانی که در مولفه‌ی سخت‌رویی و توان سازگاری ضعیف بودند مبتلا به یک سری اختلالات روانی شده بودند اما میزان اختلالات روانی در بین مدیرانی که از مولفه سخت‌رویی بالایی برخوردار بودند به لحاظ آماری پایین‌تر بود.

یافته‌های پژوهشی جدید:

در پژوهشی که توسط رایت، هافمن و همکاران^۳ (۲۰۱۰، ۱۲) با عنوان برنامه جامع غربالگری روانشناختی در بین مدیران اجرایی سازمان‌های دولتی شهر نیویورک انجام گرفت نشان داده شد که از بین مدیران مورد بررسی (n=170) در حدود ۸۴ نفر آنان به یک یا چند اختلال روانی قابل توجه از جمله افسردگی، اضطراب و اختلالات روان تنی مبتلا هستند.

1. Messer et al.
2. Kobasa and Maddi
3. Sarason & Sarason
4. Wright, Huffman & et al.

مطالعات صورت گرفته توسط کمیته غربالگری ملی در کشور انگلستان^۱ (۲۰۱۱، ۱۵۲) که با عنوان نخستین گزارش کمیته غربالگری ملی در شهر لندن صورت گرفت حاکی از آن است که از بین مدیران میانی و اجرایی مورد بررسی (n=312)، ۱۴۸ نفر از آنان به اختلالات خفیف روانی از جمله وسواس، اضطراب، افسردگی، ترس‌های مرضی و علائم استرس حاد شغلی مبتلا بوده‌اند.

آیتا^۲ (Aita, 2011: 8) در پژوهشی با عنوان اثربخشی روش مصاحبه بالینی مختصر به عنوان پیش‌بینی‌کننده سازگاری‌های آتی با حجم نمونه n=170 از مدیران اجرایی شهر لیسبون انجام داد به این نتیجه رسید که از این تعداد ۶۸ نفرشان واجد حداقل یک اختلال روانی قابل توجه هستند و با انجام مصاحبه مختصر می‌توان قبل از حادثه شدن اوضاع آنان تمهیدات پیشگیرانه انجام داد.

شاو^۳ (Shaw, 2010: ۱۶) در پژوهشی با عنوان بررسی روان‌شناختی در مدیران اجرایی شاغل در ارتش آمریکا با حجم نمونه n=3625 نفری و پس از تجزیه و تحلیل یافته‌های بدست آمده از طریق ابزارهای غربالگری شامل مصاحبه بالینی و آزمون‌های روانی به این یافته نایل آمد که از بین افراد مورد بررسی تعداد ۸۷۶ نفر آنان از اختلالات روانی شایع از جمله افسردگی، اضطراب، وسواس و مشکلات سازگاری رنج می‌برند.

نقد و بررسی یافته‌های مربوط به پیشینه پژوهشی:

در مجموع اطلاعات بدست آمده از پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که در بین مدیران اجرایی در طیف‌های شغلی مختلف میزان اختلالات روانی قابل توجه است. با این اوصاف نمی‌توان به این نتیجه‌گیری سریع نایل آمد که صرف شاغل بودن در سمت مدیریت اجرایی آسیب‌زا است. همچنان که در ادبیات پژوهشی اشاره شد باید در تحلیل استنباطی قدری تعمق به عمل آید. آنچه که از ادبیات پژوهشی می‌توان استنباط کرد این است که متغیرهای موثر بر شکل‌گیری اختلالات روانی شامل سه دسته عوامل هستند که عبارتند از: کیفیت شغل و شرایط حاکم بر آن، انگیزش شغلی و ویژگی‌های شخصیتی شاغل. در صورتی که شغل فرد استرس‌زا باشد اما برای فرد پاداش‌دهنده بوده و از سوی دیگر فرد از ویژگی‌های شخصیتی مقاوم به استرس برخوردار باشد احتمال ابتلای وی به اختلالات روانی کم می‌شود. شغل

1. National Screening Committee
2. Aita
3. Shaw

فشار زامانی فرد را به سوی اختلال روانی سوق می دهد که پاداش دهنده نبوده و از سوی دیگر با خصوصیات شخصیتی فرد سازگار نباشد. در یک نتیجه گیری کلی می توان با استناد به ادبیات پژوهشی بدست آمده اینگونه عنوان کرد که شغل پر استرس در کنار عدم تناسب ویژگی های شخصیتی فرد شاغل با الزامات آن شغل به همراه فقدان جذابیت و یا جذابیت اندک آن می تواند فرد شاغل را به سمت اختلال روانی سوق دهد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر به صورت توصیفی مقطعی^۱ انجام شده است. بر این اساس در مقطع زمانی خاص (در سال ۱۳۸۹) از جامعه ی آماری مورد نظر با استفاده از روش مصاحبه بالینی و به کارگیری پرسشنامه سنجش اختلالات روانی $SCL\ 90 - R$ مدیران اجرایی انتخاب شده مورد سنجش قرار گرفتند و وضعیت روانی آن ها در اختلالات نُه گانه ی مورد بررسی توسط ابزار پژوهش مشخص گردید. تعریف مفهومی متغیرهای نه گانه مورد سنجش عبارتند از (سجادیان و همکاران، ۱۳۸۳: ۴۵):

۱- جسمانی کردن:

شامل اشکال در کارکرد بخش خودکار عصبی و اجزاء تشکیل دهنده آن است که به صورت شکایت از عملکرد بخش قلبی-عروقی، گوارش و تنفس ظاهر می شود. علائم مربوط به شکایت جسمانی شامل سردرد، احساس ضعف، سرگیجه، درد ناحیه قلب و قفسه سینه، حالت تهوع، تنگی نفس، دردهای عضلانی، احساس کرختی، بی حسی و سنگینی در دست ها و پاها است.

۲- وسواس اجباری:

افکار، تکانه ها و اعمالی که فرد آنها را به ناچار و به گونه ای غیر قابل مقاومت تجربه نموده و ماهیتی بیگانه با فرد دارند به عنوان وسواس اجباری تعریف می شود.

۳- حساسیت در روابط بین فردی:

این بعد به احساس عدم کفایت و حقارت فرد به ویژه در مقایسه با دیگران تاکید دارد. دست کم گرفتن خود، احساس فقدان آرامش، راحت نبودن و ناراحتی محسوس در جریان ایجاد ارتباط با دیگران از تظاهرات خاص این بعد هستند.

1. cross-sectional

۴-افسردگی:

این بعد منعکس کننده طیف وسیعی از علائم شامل خلق تنگ و ناشاد، بی علافگی به لذت های زندگی ، از دست دادن انگیزه، کمبود انرژی ،احساس نا امیدی ، فراموشی، افکار بی ارزشی ، خستگی و حتی داشتن افکار انتحاری است.

۵-اضطراب:

نشانه های بعد اضطراب شامل تند خویی ،احساس فشار ،بییم و نگرانی ، علائم فیزیولوژیک مثل تپش قلب ،تنگی نفس ، فشارخون، تکانشی بودن، ضعف تمرکز، احساس خستگی ،لرزش اندام های بدن، احساس بی قراری و انتظار وقوع حوادث منفی در آینده است.

۶-خصوصیت:

این بعد شامل علائمی مثل زود رنجی ،خشمگینی ،عصبانیت ناگهانی ، فقدان کنترل هنگام خشم ،درگیری فیزیکی با دیگران،جرو بحث، میل به پرتاب کردن و شکستن اشیاء و نیز داد و فریاد به راه انداختن است.

۷-ترس مرضی:

ترس شدید نسبت به یک فرد،مکان یا شی ء بخصوصی که در اساس ترسناک نیستند و با این حال هر چند که فرد به غیر منطقی بودن ترس خود واقف است از آنها به شدت ترسیده و اجتناب می کند.

۸-افکار پارانوئیدی:

احساس سوء ظن به دیگران و تفسیر غلط رفتار و انگیزه های آنها به همراه خصومت ورزی، افکار بزرگ منشی و محدودیت عاطفی علائم بارز این بعد هستند. افکار پارانوئیدی به شدت فرد را محتاط ساخته و سبب می شود که فرد جدیت به خرج داده و محیط را کاملا تحت کنترل خود قرار دهد.

۹-حالات روان پریشی:

در این بعد نشانه هایی همچون اختلال در واقعیت آزمایی و درک مختل از پدیده ها به همراه عوارض شدیدی مانند انواع هذیان ها و توهمات دیده می شود. عوارض به وجود آمده در این بعد به قدری مختل کننده هستند که امکان ارتباط، زندگی ، ادامه شغل و حفظ روابط زناشویی را تقریباً از بین می برد.

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه مدیران اجرایی شاغل در سازمان‌های دولتی مستقر در شهر تهران در سال ۱۳۸۹ تشکیل می‌دهد که در زمان انجام پژوهش در شهر تهران مشغول انجام وظیفه بودند. با توجه به گستردگی حجم جامعه آماری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به منظور تعیین تعداد کل افراد مورد بررسی استفاده گردید.

نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

با توجه به گستردگی حجم جامعه آماری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده گردید. در این روش ابتدا کل جامعه آماری به مناطقی (خوشه‌هایی) تقسیم گردید. در مرحله دوم از بین خوشه‌های تعیین شده یک تعداد خوشه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردیدند. پس از تعیین تعداد محدودی خوشه، حجم آن‌ها محاسبه گردید و تعداد نفرات شاغل $N=210$ نفر برآورد شد. پس از تعیین حجم جامعه آماری در خوشه‌های تعیین شده با استفاده از روش تعیین حجم نمونه کوکران^۱ و با احتساب مفروضه‌های آماری مناسب به منظور استفاده از این فرمول تعداد ۱۳۶ نفر از مدیران اجرایی به روش تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی افراد گروه نمونه

سازمان	جنسیت	سطح تحصیلات	سابقه کار	حجم
وزارت نیرو	مرد	کارشناسی و ارشد	۷-۱۰	۲۵
وزارت آموزش و پرورش	مرد-زن	کارشناسی و ارشد	۵-۹	۳۲
وزارت کار و امور اجتماعی	مرد-زن	کارشناسی و ارشد	۹-۱۱	۲۷
وزارت ارشاد	مرد	کارشناسی و ارشد	۸-۹	۲۴
وزارت نفت	مرد	کارشناسی و ارشد	۹-۱۱	۲۸

1. Cochran

ابزار پژوهش

از دو ابزار به منظور سنجش اختلالات روانی در مدیران اجرایی سازمان‌های دولتی استفاده گردید که عبارتند از: (۱) مصاحبه‌ی بالینی و (۲) چک لیست ۹۰ سوالی $SCL90 - R$. بر اساس روش مصاحبه‌ی بالینی ابتدا بر اساس معیارهای تشخیصی $DSM - IV - TR$ با مدیران انتخاب شده یک مصاحبه بالینی به عمل آمد. روی افرادی که در مصاحبه بالینی به عنوان افراد دارای آسیب تشخیص داده شدند چک لیست $SCL90 - R$ اجرا شد. بر مبنای این دو شیوه و همخوانی نتایج آنها افراد دارای اختلال روانی از افرادی که فاقد آن بودند غربال شدند. پس از این مرحله به سنجش فراوانی و نوع اختلالات روانی اقدام شد. چک لیست $SCL90 - R$ یکی از معتبرترین آزمون‌های روان‌شناختی است که به منظور ارزیابی طیف وسیعی از مشکلات روان - شناختی، نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و اندازه‌گیری فرایند یا نتایج درمان‌های روان‌شناختی به کار برده می‌شود. این آزمون به دلیل حساسیت ودقت بالا در غربال نمودن مبتلایان به اختلالات روانی، کاربرد وسیعی را در میان روان‌شناسان بالینی، روان - پزشکان و سایر کارشناسان امر بهداشت روانی به خود اختصاص داده است. این آزمون شامل ۹۰ سوال برای ارزشیابی علایم روانی است که به وسیله آزمودنی پاسخ داده می‌شود. پاسخ‌های ارائه شده بر هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس ۵ درجه‌ای از صفر (بدون هیچ ناراحتی) تا چهار (ناراحتی شدید) در نوسان است. این آزمون ۹ اختلال روانی شامل شکایات جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و حالات روان‌پریشی را می‌سنجد (همان: ۶۳).

پایایی و روایی ابزار سنجش

پایایی ابزار سنجش از طریق روش آزمون-آزمون مجدد^۱ که بر روی ۹۴ بیمار پس از یک هفته انجام گرفت، بین ۷۸ تا ۹۰ درصد محاسبه شده است. در رابطه با پایایی این آزمون مطالعات زیادی در زمینه سنجش اختلالات روانی صورت گرفته است که جملگی حاکی از پایایی بالای آن هستند (همان: ۹۶). به عبارتی از آنجایی که ابزار مورد استفاده در این پژوهش یک ابزار استاندارد محسوب می‌شود و پژوهش‌هایی که در زمینه سنجش پایایی آن صورت گرفته اند نشان داده اند که این ابزار از پایایی قابل قبول برخوردار است، در نتیجه پرسشنامه به عنوان یک ابزار استاندارد به عنوان یک وسیله ی پایا در تحقیقات مربوط به سنجش اختلالات

1. Test-Retest

روانی به وفور مورد استفاده قرار می گیرد. در مورد روایی ابزار سنجش نیز مطالعاتی که تشخیص‌های ناشی از ابزار را در موقعیت‌های بالینی مورد استفاده قرار داده‌اند نشان داده‌اند که ابزار مورد نظر به خوبی قادر به غربال‌گری و تشخیص اختلالات روانی بوده است. از سوی دیگر در پژوهش حاضر روایی ابزار از طریق روش مصاحبه بالینی و توافق سنجش‌های آن با نتایج بدست آمده از ابزار مورد نظر صورت گرفت که حاکی از توافق و انطباق نتایج حاصل از هر دو بود.

یافته‌ها و نتایج

بر اساس داده‌های به دست آمده از اجرای پرسشنامه SCL90 - R نقطه برش شاخص نشانگان عمومی ۰/۸۲ تعیین شد که برابر ۱/۹۶ خطای استاندارد بود. بر این اساس از ۱۳۶ نفر مورد بررسی، ۴۵ نفر آنها مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده شدند. برای تعیین نقطه برش در یکی از ابعاد نُه‌گانه اختلالات روانی مورد بحث ابتدا افراد بر پایه نقطه برش GSI به دو گروه تقسیم شدند:

۱- گروه مشکوک به اختلال روانی و ۲- گروه افراد سالم

پس از تقسیم‌بندی افراد، میانگین و خطای استاندارد گروه مشکوک به اختلال روانی در ابعاد نُه‌گانه مورد سنجش در پرسشنامه SCL90 - R محاسبه گردید. از نقطه برش ۱/۶۴ خطای استاندارد به بالا در هر یک از ابعاد نُه‌گانه به عنوان نقطه برش استفاده شد. بر این اساس نقطه برش اختلال جسمانی کردن ۰/۹۵ حساسیت بین فردی ۰/۸ با ترس مرضی ۰/۴۵، و سواس اجباری ۰/۹۱ اضطراب ۰/۸ پارانوئید ۱/۲۲ افسردگی ۰/۸۵ خصومت ۰/۷۶ و حالات روان پریشی ۰/۶ در نظر گرفته شد. در مجموع سعی گردید که در تعیین نقطه برش در هر یک از ابعاد نُه‌گانه ضریب حساسیت آزمون از ۰/۶۱ کمتر نباشد (جدول ۲).

جدول ۲: نقاط برش شاخص GSI (شاخص نشانگان عمومی) و ابعاد نُه‌گانه پرسشنامه SCL90 - R در

مدیران اجرایی سازمان‌های دولتی

اختلال	g	جسمانی کردن	فردی	حساسیت بین	ترس مرضی	وسواس	اضطراب	پارانوئید	افسردگی	خصومت	روان پریشی
نقاط برش	۰/۸۲	۰/۹۵	۰/۸	۰/۴۵	۰/۹۱	۰/۸	۱/۲۲	۰/۸۵	۰/۷۶	۰/۶	

بر مبنای داده‌های محاسبه شده برای نقاط برش در هر یک از ابعاد نُه‌گانه، درصد شیوع انواع اختلالات روانی هم برای مجموع ۱۳۶ نفر و هم برای ۴۵ نفر مبتلا به اختلالات روانی به شرح زیر محاسبه گردید:

الف) درصد شیوع انواع اختلالات روانی برای کل افراد مورد بررسی (۱۳۶ نفر):

درصد شیوع انواع اختلالات روانی برای ۱۳۶ نفر از مدیران اجرایی که مورد بررسی قرار گرفتند به ترتیب برای اختلالات جسمانی کردن، حساسیت بین فردی، ترس مرضی، وسواس اجباری، اضطراب، پارانوئید، افسردگی و حالات روان‌پریشی ۳/۶، ۲/۲، ۲/۲، ۴/۴، ۹/۵، ۱/۴، ۷/۳، ۱/۴ و ۰/۷ است. همانطوری که ملاحظه می‌شود بیشترین درصد شیوع اختلالات روانی مربوط به عارضه‌های اضطراب و افسردگی و کمترین درصد شیوع نیز مربوط به حالات روان‌پریشی است. به این ترتیب دامنه شیوع اختلالات روانی برای کل افراد مورد بررسی (۱۳۶ نفر) در حدود ۹/۵ تا ۰/۷ درصد در نوسان است. اختلاف بین حداقل و حداکثر شیوع اختلالات روانی در حدود ۸/۸ درصد است که حاکی از شیوع ناهمگون اختلالات روانی در جامعه مدیران اجرایی سازمان‌های دولتی است. درصد شیوع هر یک از اختلالات روانی در جدول ۳ ارائه شده است.

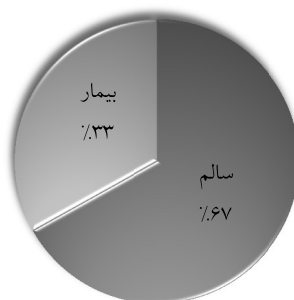
با توجه به داده‌های جدول ۲ از مجموع ۱۳۶ نفر مورد بررسی تعداد ۵ نفرشان مبتلا به اختلال جسمانی کردن تشخیص داده شده‌اند که درصد مربوط به آن ۳/۶ است. به همین منوال درصد سایر اختلالات را نیز می‌توان از جدول ۲ به دست آورد.

در نمودار ۱ نیز درصد مربوط به ۴۵ نفر مبتلا به اختلالات روانی و ۹۱ درصد افراد سالم به شکل تصویری ارائه شده است. همچنان که ملاحظه می‌شود از ۱۳۶ نفر افراد مورد بررسی ۶۶/۹۱ درصد آن‌ها سالم و ۳۳/۰۸ درصد آن‌ها نیز مبتلا به اختلالات روانی تشخیص داده شده‌اند.

جدول ۳: درصد شیوع انواع اختلالات روانی در ۱۳۶ نفر مورد بررسی مدیران اجرایی

ردیف	نوع اختلال	تعداد مبتلایان از بین ۱۳۶ نفر	درصد مبتلایان
۱	جسمانی کردن	۵	۳/۶
۲	حساسیت بین فردی	۳	۲/۲
۳	ترس مرضی	۳	۲/۲
۴	وسواس اجباری	۶	۴/۴
۵	اضطراب	۱۳	۹/۵
۶	پارانویید	۲	۱/۴
۷	افسردگی	۱۰	۷/۳
۸	خصومت	۲	۱/۴
۹	حالات روان‌پریشی	۱	۰/۷

نمودار ۱: درصد افراد مبتلا به اختلالات روانی و سالم در مدیران اجرایی سازمان های دولتی



ب) درصد شیوع انواع اختلالات روانی در بین ۴۵ نفر مبتلا به اختلال: در صورتی که درصد مربوط به هر یک از اختلالات روانی با توجه به افراد مبتلا ($n=45$ نفر) و نه تعداد کل افراد مورد بررسی ($n=136$ نفر) محاسبه گردد، هر یک از اختلالات روانی درصدهای زیر را به خود اختصاص می‌دهند:

جسمانی کردن (۱۱/۱ درصد)، حساسیت بین فردی و ترس مرضی (۶/۶ درصد)، وسواس اجباری (۱۳/۳ درصد)، اضطراب (۲۸/۸ درصد)، پارانوئید و خصومت (۴/۴ درصد)، افسردگی (۲۲/۲ درصد) و حالات روان پریشی نیز (۲/۲ درصد). اطلاعات مربوط به سهم فراوانی و درصد اختلالات روانی در بین ۴۵ نفر مورد بررسی مبتلا به اختلال روانی در جدول ۴ خلاصه شده است.

جدول ۴: درصد شیوع انواع اختلالات روانی در ۴۵ نفر مبتلا.

ردیف	نوع اختلال	تعداد مبتلایان از بین ۴۵ نفر	درصد مبتلایان
۱	جسمانی کردن	۵	۱۱/۱
۲	حساسیت بین فردی	۳	۶/۶
۳	ترس مرضی	۳	۶/۶
۴	وسواس اجباری	۶	۱۳/۳
۵	اضطراب	۱۳	۲۸/۸
۶	پارانوئید	۲	۴/۴
۷	افسردگی	۱۰	۲۲/۲
۸	خصومت	۲	۴/۴
۹	حالات روان پریشی	۱	۲/۲

باتوجه به داده‌های جدول ۳ معلوم می‌شود که در بین ۴۵ نفر مبتلا اضطراب با بیشترین درصد (۲۸/۸) و در مرتبه دوم افسردگی با ۲۲/۲ درصد و در مقابل حالات روان پریشی با ۲/۲ درصد کمترین درصد را به خود اختصاص داده‌اند.

با توجه به داده‌های جدول‌های ۳ و ۲ که سهم هر یک از اختلالات روانی را به ترتیب در ۱۳۶ نفر کل افراد مورد بررسی و در ۴۵ نفر مبتلا به اختلالات روانی مشخص کرده‌اند، با استفاده از آزمون آماری کای-اسکوئر به منظور بررسی معناداری تفاوت در ۹۱ نفر افراد سالم و ۴۵ نفر افراد مبتلا مشخص گردید که تفاوت فراوانی‌ها در سطح $P < 0/001$ و با ارزش خنثی دوی ۱۵/۴ معنی دار است (جدول ۵).

جدول ۵. بررسی آماری تفاوت فراوانی های مشاهده شده افراد سالم و مبتلا به اختلالات روانی.

گروه	فراوانی مشاهده شده f_o	فراوانی مورد انتظار f_e	$\frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$	χ^2
افراد بیمار	۴۵	۶۸	۷/۷	۷/۷
افراد سالم	۹۱	۶۸	۷/۷	۷/۷

$$P < 0.001, \chi^2 = 15.4$$

داده‌های جدول ۴ حاکی از آن است که ارزش خردی مشاهده شده (۱۵/۴) در سطح $P < 0.001$ معنی دار است؛ در نتیجه بین فراوانی‌های مشاهده شده افراد سالم و بیمار به لحاظ آماری تفاوت معنی داری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

شیوع اختلالات روانی در جمعیت از ۱۲/۵ تا ۲۶/۹ درصد گزارش شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که در مدیران اجرایی سازمان‌های دولتی میزان شیوع اختلالات روانی ۳۳/۰۸ درصد است. درصد به دست آمده از کرانه‌ی بالا شیوع اختلالات روانی در جمعیت عادی بیشتر است. این میزان بالا حاکی از آن است که وضعیت سلامتی روانی مدیران اجرایی سازمان‌های دولتی بالاتر از حد نرمال است. بالا بودن میزان اختلالات روانی به واقع بر عملکرد حرفه‌ای، ارتباطی و خانوادگی آنان تأثیر نامطلوبی بر جای می‌گذارد. عوامل متعددی را شاید بتوان برای این میزان بالا ذکر کرد که عبارتند از: ویژگی‌های شخصیتی افراد، ژنتیک و مسائل ارثی، آمادگی برای ابتلاء به اختلالات روانی و استرس‌های شغلی. هرچند که عوامل متعددی ممکن است در این سهم مشارکت داشته باشند اما از آنجایی که نمونه پژوهش حاضر به شکل تصادفی انتخاب گردیده است می‌توان سهم عواملی به غیر از استرس‌های شغلی را تا حدودی منتفی دانست. از آنجایی که مدیران اجرایی در شرایط تقریباً استرس‌زایی فعالیت می‌کنند چه بسا در صورتی که عواملی به غیر از استرس‌های شغلی در این میزان سهم نقشی داشته باشند نقش استرس‌های شغلی را مضاعف می‌سازد. به هرحال در مدیریت اجرایی استرس جز لاینفک محسوب می‌شود. با توجه به ویژگی‌های غیر قابل پیش بینی بودن حوادث، تنظیم امور مربوط به زیر دستان، هدایت افراد و پاسخگویی به مسوولین رده‌های بالاتر و پذیرش

مسئولیت‌های ناشی از آن مدیران اجرایی در معرض استرس‌های شغلی و به تبع آن اختلالات روانی قرار دارند.

مدیریت استرس و ارایه راه کارهای سازمانی و شخصی از جمله‌ی اموری محسوب می‌شوند که در زمینه کاستن و پیشگیری از اختلالات روانی می‌توانند نقش بسزایی داشته باشند. با توجه به موارد مذکور می‌توان اینگونه پیشنهاد داد که:

(۱) با توجه به نقش تعدیل‌کنندگی متغیرهای قدرت سازگاری و سخت‌رویی در مقابله با استرس‌های شغلی از مدیرانی در سمت اجرایی استفاده شود که از حیث این دو متغیر در سطح بالایی باشند.

(۲) درپیش‌بینی این‌که آیا شغل اجرایی برای متصدی آن استرس‌زا خواهد بود یا نه باید علاوه بر میزان استرس‌زایی شغل واگذاری به نقش مشوق‌های شغلی برای فرد و نیز مهارت‌های مقابله‌ای فرد و شخصیت وی نیز توجه شود.

(۳) با توجه به نظریه‌های متقن انتخاب‌شغل برای مثال نظریه‌ی هالند به تناسب ویژگی‌های شخصیتی‌کандید مدیریت اجرایی با الزامات شغل مورد نظر از جمله داشتن قدرت رهبری بالا، اعتماد به نفس، دارا بودن کانون کنترل درونی و سطح شناختی بالا توجه کرد. در نتیجه صرف‌دارا بودن متغیرهای لازم برای احراز شغل مدیریت اجرایی از حیث توانمندیها مجوز ورود فرد به شغل مدیریت اجرایی را صادر نمی‌کند بلکه در کنار توانمندیها خطرپذیری، نگاه چالش‌زا به استرس‌های شغلی و ارزیابی‌های شناختی موثر نیز در احراز آن موثر هستند.

(۴) در کنار ارزیابی‌های رایج از حیث شغلی (ارزیابی شغلی) و ارزیابی جسمانی مدیران اجرایی از نظر روان‌شناختی و با استفاده از ابزارهای غربالگری مناسب مورد ارزیابی قرار گیرند.

(۵) در مورد مدیران اجرایی مطالعات همه‌گیرشناسی اختلالات روانی و بررسی وضعیت روان‌شناختی آنان صورت گیرد.

منابع

۱. اتکینسون، ریتا ال و همکاران (۱۳۸۵). *زمینه روان‌شناسی هیلگارد* (جلد دوم)، ترجمه محمد نقی براهنی و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
۲. افتخاری، همایون و همکاران (۱۳۸۵). *بهداشت روانی برای فرماندهان و یگان‌های بهداری*، تهران: نشر بازرسی اداره بهداشت و درمان نزاچا.
۳. دیویسون، نیل و همکاران (۱۳۸۵). *آسیب شناسی روانی* (جلد اول)، ترجمه مهدی دهستانی، تهران: انتشارات ویرایش.
۴. رضائیان، علی (۱۳۶۹). *اصول مدیریت*، تهران: انتشارات سمت.
۵. ساراسون، ایرون جی و ساراسون، باربارا (۱۳۷۱). *روان‌شناسی مرضی*، ترجمه نجاریان و همکاران، تهران: انتشارات رشد.
۶. ساعتچی، محمود (۱۳۸۹). *بهداشت روانی در محیط کار*، تهران: نشر ویرایش.
۷. سجادیان و همکاران (۱۳۸۳). *بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات روانی در بین کارکنان پایور نزاچا استان تهران*، دانشگاه علوم پزشکی ارتش ج. ا. ا.
۸. قدیمی مقدم، محمد و طباطبایی، فوزیه (۱۳۸۵). *شیوع فرسودگی شغلی در بین معلمان و کارکنان سازمان آموزش و پرورش و رابطه آن با جنسیت، مدرک تحصیلی، مقطع شغلی و موقعیت جغرافیایی*، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۹، شماره ۱ و ۲، تابستان ۱۳۸۵.
۹. قربانی، نیما (۱۳۷۴). *سخت‌رویی: ساختار و جودی شخصیت*، فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی، دوره ۳، شماره ۳ و ۴، زمستان ۱۳۷۴.
۱۰. گراهام، رابرت (۱۳۷۶). *روان‌شناسی فیزیولوژیک*، ترجمه مجید محمود علیلو، نشر درمانگر.
۱۱. ممی زاده، جعفر (۱۳۷۴). *مدیریت استرس در سازمان*، ماهنامه زمینه، شماره ۳۹ و ۴۰.
- 12-Aita, JA.(2011). **Efficacy of the brief clinical interview method in predicting adjustments**. Archives of neurology and psychiatry, 22, pp:13-17.
- 13-Messer, SC and et al. (2003). **Projecting mental disorder an prevalence from national surveys to populations of interest illustration using ECA data and the U. S. army**. Soc. Psychiatry Psychiar Epidemiol 39: pp: 419 – 426.
- 14-Michael M, Conrad J and Marcelline F. (1996). **Occupational stress, social support and costs of health care**, Academy of management Journal, 39, No,3: pp 738 – 750.
- 15-National Screening Committee.(2011). **First report of the national screening committee**. London:HMSD, pp:12-14 .
- 16-Shaw, H.A.(2011). **psychological examination in the united states army**. memories national academy of sciences, pp: 15-22.

17- Wright,K.M,Huffman,A.H and et al.(2010).**psychological screening program overview**,pp:169.171.